



STRADA LAGO PAIOLO 10  
46100 - MANTOVA  
TEL. 0376/2011  
COD FISCALE E P.IVA 01736140201

AZIENDA OSPEDALIERA  
CARLO POMA

---

# **Azienda Ospedaliera Carlo Poma Mantova**

## **Relazione sulla Performance**

### **Anno 2013**

**Aggiornato al 30/06/2014**

## L'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.6500 del 30/12/1994, è il risultato dell'aggregazione di realtà molto diverse tra loro anche in conseguenza di un differente passato storico che le ha condotte fino ad oggi caratterizzandone l'attuale assetto organizzativo e configurazione strutturale.

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha sede legale in Strada Lago Paiolo 1 a Mantova.

Essa rappresenta la realtà sanitaria della provincia mantovana.

Si compone di strutture ospedaliere, poliambulatoriali extra ospedaliere e strutture psichiatriche.

## LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma per la programmazione del budget 2013 dei dipartimenti gestionali e di tutte le altre Strutture che supportano le attività produttive dell'Azienda prende a riferimento

§ DGR 4334 e s.m.i. del 26/10/2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013";

§ Nota Regionale 201136948 del 19.12.2011: "Linee guida attività di Risk Management 2012"

§ Contratto ASL/AO 2013;

§ Obiettivi Direttore Generale - anno 2013.

L'Azienda, pertanto, sulla base dei contenuti dei documenti su citati, formula e declina gli obiettivi in linea con quanto viene chiesto da Regione Lombardia:

\*Far accedere a prestazioni sanitarie di complessità medio-bassa a domicilio – in particolare soggetti con problemi di mobilità, garantendo la qualità della prestazione.

\*Differenziare percorsi d'accesso "accelerati" dalle prestazioni d'urgenza ospedaliera \*Favorire le attività che coinvolgono diversi operatori della sanità e delle comunità per prendere in carico il paziente – procedure comuni in ottica di umanizzazione delle cure.

\*Sviluppare competenze professionali – utilizzando anche sistemi informativi integrati sanitari e amministrativi.

\*Razionalizzare e organizzare i servizi "a rete".

\*Adempimenti in materia di razionalizzazione e riduzione della spesa nel settore sanitario con particolare riferimento alla spesa per beni e servizi.

L'Azienda annualmente programma la propria attività in funzione di bisogni specifici e degli impegni derivanti dall'essere soggetto facente parte del SSR e che concorre quindi al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale.

Una programmazione efficace si traduce in progetti da implementare e da realizzare in tempi definiti. I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

§ progetti aziendali;

§ progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;

§ progetti correlati al contratto con la ASL.

## STRATEGIE

### CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Per l'anno 2013 l'AO Carlo Poma è impegnata a migliorare il ciclo di gestione della performance cercando di creare punti di raccordo tra :

- il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- il coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla *performance*, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e alla prevenzione della corruzione;
- l'esplicitazione di obiettivi e relativi indicatori utili per la misurazione e valutazione della *performance* individuale dei dirigenti.

Sulla base delle Regole di Sistema, delle indicazioni regionali e degli obiettivi di interesse regionale per l'anno in corso, risultano obiettivi strategici per l'Azienda su cui promuovere iniziative:

### SVILUPPO DELLA RETE OSPEDALIERA: MAC

La MAC è uno strumento innovativo e flessibile che consente di rispondere a molteplici esigenze del paziente che afferrisce al Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica.

I diversi percorsi MAC, nell'ambito del dipartimento medico, possono essere sintetizzati e raggruppati secondo le seguenti indicazioni: pazienti oncologici in trattamento chemioterapico; per manovre diagnostiche complesse; per terapie di supporto; trattamento dei pazienti con patologie acute e croniche/riacutizzate.

Lo strumento MAC presuppone un'organizzazione articolata che consenta di espletare le seguenti attività:

- L'esecuzione di esami strumentali complessi in un setting appropriato
- Il trattamento di pazienti con patologie acute o croniche /riacutizzate il cui livello di gravità non impone, secondo le attuali linee guida per patologia, una stringente urgenza di un ricovero ospedaliero ma che necessitano di un intervento coordinato e continuativo fino alla risoluzione della sintomatologia.
- La possibilità di effettuare una radicale revisione terapeutica unitamente alla necessità di un nuovo inquadramento diagnostico nei pazienti con patologie croniche complesse quali diabete mellito, pazienti allergopatici con gravi intolleranze allergie-farmacologiche, pazienti che necessitano di una impostazione/revisione della ventiloterapia non invasiva in regime di stretta osservazione medico-infermieristica, pazienti con scompenso cardio circolatorio refrattario.
- La possibilità di dimettere precocemente i pazienti proseguendo con il trattamento in post ricovero.

Di seguito sono riportati i dati di attività anno 2013 vs 2012

**Tabella MAC: numero accessi 2012-2013**

PRESTAZIONI AGENDA	Anno	
	2012	2013
AMBULATORIO MAC ALLERGOLOGIA	769	917
AMBULATORIO MAC CARDIOLOGIA	332	343
AMBULATORIO MAC CARDIOLOGIA RIABILITATIVA		31
AMBULATORIO MAC CARDIOLOGIA SCOMPENSO	29	73
AMBULATORIO MAC DERMATOLOGIA	472	448
AMBULATORIO MAC GASTROENTEROLOGIA	721	1.031
AMBULATORIO MAC MALATTIE INFETTIVE	902	1.267
AMBULATORIO MAC MEDICINA GENERALE	1.003	1.226
AMBULATORIO MAC MEDICINA GENERALE ASOLA	560	465
AMBULATORIO MAC NEFROLOGIA	21	13
AMBULATORIO MAC NEUROLOGIA	219	211
AMBULATORIO MAC ONCOLOGIA	7.584	7.874
AMBULATORIO MAC PEDIATRIA	62	201

AMBULATORIO MAC PEDIATRIA ASOLA	21	3
AMBULATORIO MAC RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA	1.183	2.174
MAC RIABILITAZIONE BOZZOLO	1.849	2.997
ONCOLOGIA CHEMIOTERAPIA AMBULATORIALE		1
<b>Totale complessivo</b>	<b>15.727</b>	<b>19.275</b>

## SVILUPPO E POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI DAY SURGERY PRESSO LO STABILIMENTO DI ASOLA

Il progetto prevede il potenziamento dell'attività di day surgery nel Presidio Ospedaliero di Asola-Bozzolo, concentrando nello stabilimento di Asola anche le attività chirurgiche a media/ bassa intensità, così da consentire una gestione delle procedure per cui oggi si rilevano lunghi tempi di attesa nel presidio di Mantova, garantendo una risposta tempestiva e di qualità all'utenza del territorio.

Il progetto prevede il coinvolgimento di specialità quali:

Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Chirurgia senologica, Oculistica Ortopedia, Ginecologia ed Urologia.

Di seguito sono riportati i dati di attività anno 2013 vs 2012

**Tabella Day Hospital: dimessi 2012-2013**

DAY SURGERY UU.OO.	ANNO	
	2012	2013
A1CHB CHIRURGIA ASOLA	173	275
A1OSB OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASOLA	325	385
P1ORB ORTOPIEDIA D.H. ASOLA	20	85
P1URB UROLOGIA D.H. ASOLA	13	18
<b>Totale complessivo</b>	<b>531</b>	<b>763</b>

**Tabella BOCA: valore e prestazioni 2012-2013**

UU.OO.	Valori	Anno	
		2012	2013
CHIRURGIA ASOLA	PRESTAZIONI	90	90
	RIMBORSO	€ 119.610	€102.978
CHIRURGIA VASCOLARE	PRESTAZIONI		183
	RIMBORSO		€267.363
OCULISTICA	PRESTAZIONI	471	513
	RIMBORSO	€ 441.984	€481.148
ORTOPEDIA MANTOVA/ASOLA	PRESTAZIONI	191	276
	RIMBORSO	€ 220.833	€ 298.070
OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASOLA	PRESTAZIONI	53	96
	RIMBORSO	€50.085	€ 90.720
OSTETRICIA E GINECOLOGIA MANTOVA	PRESTAZIONI		6
	RIMBORSO		€5.670
<b>PRESTAZIONI totale</b>		<b>805</b>	<b>1.164</b>
<b>RIMBORSO totale</b>		<b>€ 832.512</b>	<b>1.245.949</b>

## SVILUPPO E POTENZIAMENTO AREA SUBACUTI

L'Area subacuti è stata istituita nel dicembre 2012. Di seguito sono riportati i principali indicatori relativi all'anno 2013.

I

**Tabella Suc-Acuto: principali indicatori di attività**

STRUTTURA	ANNO 2013
<b>SUBACUTI BOZZOLO</b>	
DIMESSI	304
PESO MEDIO	0,87
ETA' MEDIA	74,80
DEGENZA MEDIA	22,67
FATTURATO	€ 1.256.785

## RETI DI PATOLOGIA

Adesione allo sviluppo delle Reti di Patologia e alle Nuove Reti Sanitarie.

§ Partecipazione al Progetto Regionale di estensione e ampliamento delle reti di patologia (Cardio-Cerebro Vascolare, Rete Oncologica Lombarda, Rete Ematologica Lombarda, cure palliative ecc.) quale meccanismo di integrazione forte per migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza gestionale e organizzativa dell'Azienda;

§ Promozione e sviluppo dell'attività di donazione di organi e tessuti, in considerazione dell'importanza che il sistema trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale e in continuità con gli indirizzi definiti e le già azioni intraprese negli scorsi anni;

§ Sostegno dell'integrazione Ospedale-Territorio per quanto riguarda la patologia diabetica, finalizzata alla riduzione dei ricoveri per diabete;

DIMESSI PRESIDIO	ANNO	
	2012	2013
<b>Osp. Carlo Poma - Mantova</b>	<b>72</b>	<b>88</b>
ORDINARIO	71	84
DAY HOSPITAL	1	4
<b>Osp. Civile - Asola</b>	<b>18</b>	<b>8</b>
ORDINARIO	16	8
DAY HOSPITAL	2	
<b>Osp. Civile - Bozzolo</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
S	1	1
<b>Osp. Destra Secchia - Pieve Di Coriano</b>	<b>27</b>	<b>10</b>
ORDINARIO	26	9
DAY HOSPITAL	1	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>118</b>	<b>107</b>

PRESTAZIONI AGENDA	Anno	
	2012	2013
AMB. E.C.G. DIABETOLOGIA	40	21
AMB. PIEDE DIABETICO DIABETOLOGIA	888	585
AMB. PRIME VISITE DIABETOLOGIA	380	358
AMB. TERAPIA INFERMIERIST DIABETOLOGIA	143	131
AMB.BOLLINI VERDI DIABETOLOGIA	134	137
AMB.VISITE DI CONTROLLO DIABETOLOGIA	5961	1387
AMBUL. 1 VIS. DI CONTROLLO DIABETOLOGIA		1951
AMBUL. 2 VIS. DI CONTROLLO DIABETOLOGIA		1194

AMBUL. 3 VIS. DI CONTROLLO DIABETOLOGIA		863
AMBUL. 4 VIS. DI CONTROLLO DIABETOLOGIA		413
DIABETE GIOVANILE DIABETOLOGIA	702	749
DIABETOLOGIA SERVIZIO DIETETICO DIABETOLOGIA	4230	4827
VISITE GRAVIDE DIABETOLOGIA	603	436
VISITE PER PATENTE DIABETOLOGIA	202	167
<b>Totale complessivo</b>	<b>13283</b>	<b>13219</b>

## ATTIVITÀ DI RICOVERO E AMBULATORIALE

Attività di Ricovero: mantenimento dei volumi in un'ottica di riduzione % dei costi rispetto all'anno 2012 (farmaci - 1,5% e presidi chirurgici - 4%), come da Linee Guida Regionali, (limite invalicabile per il 2013) garantendo la qualità e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.  
Attività Ambulatoriale: mantenimento / incremento dei volumi, ivi compresa l'attività MAC e BIC in un'ottica di riduzione % dei costi rispetto all'anno 2012 (farmaci - 1,5% e presidi chirurgici - 4%), come da Linee Guida Regionali, (limite invalicabile per il 2013) garantendo la qualità e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

**Tabella RICOVERI: dimessi, giornate di degenza e accessi (2013)**

PRESIDIO	TIPO RICOVERO			Totale complessivo
	ORDINARIO	DAY HOSPITAL	SUBACUTO	
<b>Osp. Carlo Poma - Mantova</b>				
DIMESSI	19.443	3.289		22.732
TOTALE GIORNATE DEGENZA	151.390	0		151.390
TOTALE ACCESSI	0	4.405		4.405
<b>Osp. Civile - Asola</b>				
DIMESSI	3.758	786		4.544
TOTALE GIORNATE DEGENZA	18.830	0		18.830
TOTALE ACCESSI	0	802		802
<b>Osp. Civile - Bozzolo</b>				
DIMESSI	415		304	719
TOTALE GIORNATE DEGENZA	14.605		6.893	21.498
TOTALE ACCESSI	0		0	0
<b>Osp. Destra Secchia - Pieve Di Coriano</b>				
DIMESSI	6.802	582		7.384
TOTALE GIORNATE DEGENZA	46.350	0		46.350
TOTALE ACCESSI	0	582		582
<b>DIMESSI totale</b>	<b>30.418</b>	<b>4.657</b>	<b>304</b>	<b>35.379</b>
<b>TOTALE GIORNATE DEGENZA totale</b>	<b>231.175</b>	<b>0</b>	<b>6.893</b>	<b>238.068</b>
<b>TOTALE ACCESSI totale</b>	<b>0</b>	<b>5.789</b>	<b>0</b>	<b>5.789</b>

**Tabella AMBULATORIALE: valore e prestazioni 2012-2013**

DIPARTIMENTO	Valori	Anno	
		2012	2013
CHIRURGICO ORTOPEDICO	PRESTAZIONI	56.617	53.504
	RIMBORSO	€ 3.258.149	€ 2.920.628
CARDIO TORACO VASCOLARE	PRESTAZIONI	74.177	73.754
	RIMBORSO	€ 2.567.417	€ 2.740.098
EMERGENZA URGENZA	PRESTAZIONI	255.935	261.205
	RIMBORSO	€ 5.507.844	€ 5.651.064
EXTRA OSPEDALE	PRESTAZIONI	194.414	197.175
	RIMBORSO	€ 2.780.752	€ 2.797.673

<b>MEDICO</b>	PRESTAZIONI	156.594	159.174
	RIMBORSO	€ 9.737.733	€ 9.885.415
<b>MEDICINA LABORATORIO</b>	PRESTAZIONI	2.756.633	2.834.953
	RIMBORSO	€ 15.455.210	€ 15.856.189
<b>MATERNO INFANTILE</b>	PRESTAZIONI	114.279	124.083
	RIMBORSO	€ 4.155.478	€ 4.783.887
<b>NEURO SCIENZE</b>	PRESTAZIONI	147.899	161.531
	RIMBORSO	€ 4.941.053	€ 5.578.863
<b>RADIOLOGIA CLINICA</b>	PRESTAZIONI	224.900	202.300
	RIMBORSO	€ 11.620.761	€ 10.866.327
<b>SALUTE MENTALE</b>	PRESTAZIONI	4.188	3.943
	RIMBORSO	€ 84.189	€ 79.723
<b>PRESTAZIONI totale</b>		<b>3.985.636</b>	<b>4.071.622</b>
<b>RIMBORSO totale</b>		<b>€ 60.108.587</b>	<b>€ 61.159.867</b>

### Tabella BOCA: valore e prestazioni 2012-2013

Dipartimento	Valori	Anno	
		2012	2013
<b>CHIRURGICO ORTOPEDICO</b>	PRESTAZIONI	1.162	975
	RIMBORSO	€ 1.474.920	€ 1.184.520
<b>CARDIO TORACO VASCOLARE</b>	PRESTAZIONI	249	282
	RIMBORSO	€ 363.789	€ 412.002
<b>MEDICO</b>	PRESTAZIONI	8	2
	RIMBORSO	€ 2.000	€ 500
<b>MATERNO INFANTILE</b>	PRESTAZIONI	100	176
	RIMBORSO	€ 94.500	€ 166.320
<b>NEURO SCIENZE</b>	PRESTAZIONI	2.080	2.164
	RIMBORSO	€ 1.951.081	€ 2.029.637
<b>PRESTAZIONI totale</b>		<b>3.599</b>	<b>3.599</b>
<b>RIMBORSO totale</b>		<b>€ 3.886.291</b>	<b>€ 3.792.979</b>

### Tabella MAC: valore e prestazioni 2012-2013

Dipartimento	Valori	Anno	
		2012	2013
<b>CARDIO TORACO VASCOLARE</b>	PRESTAZIONI	361	447
	RIMBORSO	€ 74.019	€ 91.108
<b>MEDICO</b>	PRESTAZIONI	11.560	12.794
	RIMBORSO	€ 2.587.115	€ 2.684.457
<b>MATERNO INFANTILE</b>	PRESTAZIONI	83	204
	RIMBORSO	€ 17.917	€ 43.448

NEURO SCIENZE	PRESTAZIONI	3.723	5.830
	RIMBORSO	€ 815.793	€ 1.236.942
PRESTAZIONI totale		15.727	19.275
RIMBORSO totale		€ 3.494.844	€ 4.055.955

## FARMACEUTICA E FARMACOVIGILANZA

### Farmaceutica e Farmacovigilanza

#### Farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari

Nel corso del 2013 la Commissione terapeutica ospedaliera ha governato l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e del Prontuario delle Dimissioni dando preferenza ai farmaci scaduti di brevetto dei gruppi ATC C08 CA C08DA C09BA C09CA C09DA C10 AA e ai farmaci biosimilari attualmente in commercio.

In particolare sono stati evidenziati nel PTO/PDO, i farmaci scaduti di brevetto e i farmaci biosimilari, in modo da facilitare la scelta terapeutica del medico prescrittore. Ad ogni medico state inviate e - mail di avviso per ogni nuovo aggiornamento del PTO e PDO, entrambi disponibili sul sito web aziendale.

Il PTO/PDO sono stati aggiornati il 15/05/2013 - il 12/08/2013 - il 23/09/2013

Particolare attenzione è stata data all'uso dei farmaci biosimilari nell'area nefrologica, ematologica, endocrinologica e oncologica; gli specialisti sono stati sensibilizzati alla prescrizione nel paziente naive. Ogni prescrizione è stata monitorata, attraverso la modifica delle modulo richiesta di dispensazione del farmaco, aggiunta ad ogni prescrizione la dichiarazione se paziente naive. Il costante monitoraggio ha permesso di verificare la risposta dei medici specialisti coinvolti nelle azioni di incentivazione del farmaco biosimilare;

	Quantità utilizzata 2012	Quantità utilizzata 2013
Filgrastim biosimilare	1651	3115

	Quantità utilizzata 2012	Quantità utilizzata 2013
Epoetina biosimilare 2000	3477	6864
Epoetina biosimilare 4000 UI	0	989
Epoetina biosimilare 10000 UI	8	114
Epoetina biosimilare 30000 UI	25	53
Epoetina biosimilare 40000 UI	64	376

Il monitoraggio dell'utilizzo dei biosimilari è stato effettuato mensilmente; azioni di miglioramento sono state intraprese ove sono state rilevate criticità. Positivi e rilevanti sono stati incontri di formazione /informazione specifici di area con i medici prescrittori interessati: nefrologi, oncologi, ematologi.

#### Monitoraggio erogazione farmaci oncologici e oftalmologici con scheda AIFA

L'erogazione dei farmaci oncologici è stata monitorata mensilmente, in collaborazione con l'ASL attraverso l'incrocio della prescrizione / compilazione scheda AIFA con i dati rendicontati nel File F e la cartella clinica. Il controllo è stato effettuato sul 100 % delle erogazioni per tutti i farmaci oncologici, oftalmologici e farmaci per HCV indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5,2,1,18).

I controlli n.3/7/8/10/16/17/18/20/25/29/33/34/2013 e n.3/2014 non evidenziano irregolarità.

#### Farmacovigilanza

Nel corso del 2013 attraverso la revisione del PG 28MQ08 procedura Generale: Gestione in sicurezza del farmaco sicurezza, la struttura di farmacia e la struttura rischio clinico hanno aggiornato e diffuso il percorso in sicurezza nell'uso del farmaco.

In particolare sono state riviste:

la gestione della terapia farmacologica da parte del personale medico

la gestione delle scorte dei medicinali

i farmaci LASA

la gestione della terapia farmacologica da parte del personale infermieristico e di supporto

la gestione e conservazione delle soluzioni concentrate di potassio cloruro



la gestione e conservazione farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione  
Inoltre per sensibilizzare all'importanza della segnalazione spontanea di reazioni avverse ai farmaci è stato effettuato un percorso di formazione per operatori sanitari e medici specialisti:  
"Farmacovigilanza : la segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse"  
PG.97/2013 Sistema Regionale ECM CPD Corso Residenziale di formazione n.202 /2013 ,effettuato in 5 edizioni

1a ed. U.O. del P.O. Mantova

2a ed U.O. del P.O. Mantova

3a ed U.O. del P.O. Mantova

4a ed U.O. del P.O. Asola

Il risultato è stato un sensibile incremento di schede di segnalazione di sospetta reazione ad un farmaco inserite nella rete di Farmacovigilanza nel 2013 rispetto al 2012

133 schede ADR nel 2013 vs 103 schede ADR del 2012

## QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO

Anche per l'anno 2013 è stato previsto un calendario di audit interni per la verifica ed il supporto del progetto regionale da parte della Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatelyzza, rivolto a tutte le Strutture dell'azienda ospedaliera a completamento del piano di verifiche iniziato nell'anno 2012, al fine di mantenere il risultato ottenuto sugli standard raggiunti e di colmare i gap evidenziati nelle visite precedenti, utile alla autovalutazione semestrale richiesta da Regione Lombardia ed effettuata nel sistema web SMAF entro il 31.07.2013 come previsto da nota regionale prot. H1.2013.19687 del 03.07.2013.

### **Attività previste nell'ambito del risk management e del sistema di gestione per la qualità**

Le iniziative di risk management sono state orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo alle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente secondo JCI desunti dal progetto triennale 2008 - 2010 di valutazione delle aziende sanitarie accreditate della Regione Lombardia .

Tra le attività, in particolare, si è posta particolare attenzione sugli obiettivi internazionali della sicurezza secondo JCI ovvero di :

- Identificazione corretta del paziente
- Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
- Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
- Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

E sulle 15 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - kcl - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura,
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike / sound-alike"- LASA
13. Prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie
14. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triade nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.

Nell'ambito del sistema per la gestione della qualità (SGQ) si sono concentrati gli sforzi sul mantenimento e sulla trasferibilità del modello ai Dipartimenti ed alle Strutture aziendali al fine di ricercare una maggiore uniformità di gestione dei processi, in particolare a seguito dell'approvazione del POA per effetto della DGR IX/4914 del 21.02.2013.

Anche per l'anno 2013, pertanto, le attività, che intendono tradurre quanto definito dalla Politica aziendale della qualità, sono state quelle di seguito elencate:

- analisi sistematica e report degli eventi avversi e near miss segnalati dal sistema di incident reporting aziendale con il coinvolgimento dei referenti per la qualità e la sicurezza del paziente ed i Responsabili / coordinatori delle UO interessate e relativa produzione di piani d'azione / azioni correttive ; analisi dei rischi legati ai processi di cura posti in relazione ai dati di letteratura internazionale, e rivolti in special modo alle aree a maggior rischio di contenzioso; diffusione di report su:

schede di alert per ricadute del paziente, andamento dei sinistri per tipologie di errore, richieste di risarcimento danni per dipartimento e andamento cadute rispetto a gg di degenza, tipo di lesione, compilazione scala Conley.

- attività di mediazione trasformativa dei conflitti :

I casi di mediazione sono stati riportati nel report semestrale e condotti secondo quanto definito dalle procedure aziendali. Il report completo è allegato alla presente

### **Best Practice**

E' stata predisposta la raccolta delle "best practice" presenti in azienda sulla sicurezza del paziente ed il miglioramento della qualità mediante il collegamento con osservatorio di Regione Lombardia e l'AGENAS

- Conduzione dei gruppi di miglioramento (GdM) secondo le modalità previste del SGQ (PG1MQ08) che sono individuati nell'ambito dei piani d'azione riconducibili all'analisi dei rischi o da esplicite esigenze provenienti dai dipartimenti.

In particolare i gruppi già attivati e di nuova attivazione conclusi nel 2013 sono i seguenti:

1. Gruppo di miglioramento Aggiornamento documentale nella S.C. di cardiocirurgia
2. Gestione antidoti
3. Gruppo di miglioramento gestione post-operatoria del pz cardio operato
4. Gestione attività di pianificazione dietetica
5. Revisione della modalità di gestione della contenzione in psichiatria
6. Gestione in sicurezza dei farmaci stupefacenti e antibiotici in sala operatoria
7. Attivazione dell'area omogenea testa collo
8. Percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva in Radiologia
9. Riorganizzazione attività di triage PS Pieve di Coriano
10. Latex free ambulatoriale
11. Donazione tessuto corneale

GdM già in fase di espletamento o sospesi e da concludere nell'anno 2014:

1. Revisione PG trasporti secondari
2. Revisione PDTA politrauma e riorganizzazione dei PS in CTZ e PS traumatologici
3. Gestione postoperatoria del pz in recovery room
4. Stesura PDTA percorso "Delfino"
5. Definizione PDTA della sclerosi laterale amiotrofica
6. Revisione dei piani di maxiemergenza
7. Revisione dei percorsi di emodinamica (sospeso)
8. Gestione del pz allergico al lattice (aree latex free)
9. Sindrome aortica acuta
10. Ridefinizione check list sicurezza anestesologica
11. Revisione pdt per la gestione della paziente con tumore della mammella
12. Pdt di gestione del paziente con melanoma
13. Out violence
14. Adolescenti difficile
15. Pdt gestione del paziente con problematica respiratoria acuta
16. GdM per il personale dei laboratori finalizzato alla revisione e stesura documentale nel SGQ (sospeso)
17. Stesura piano di cura day surgery polivalente Asola
18. Definizione del percorso di inserimento in tirocinio per gli studenti dei corsi di laurea - sezioni di Mantova

19. integrazione OPG nel SQA
20. GCA cerebro lesione acquisita
21. Vac Teraphy (sospeso)
22. Prevenzione antincendio sale operatorie
23. gestione del pz affetto da patologia ginecologica oncologica

I Percorsi diagnostici terapeutici validati o revisionati nell'anno 2013 sono stati i seguenti:

1. **PDTA 32** Percorso del paziente con sospetto di malattia tubercolare dalla presa in carico ospedaliera sino al termine della terapia o stabilizzazione/guarigione
2. **PDTA 33** Percorso del detenuto nuovo giunto nel Poliambulatorio Casa Circondariale di Mantova
3. **PDTA 34** Percorso Gestione delle vittime di violenza fisica e psichica che accedono al Pronto Soccorso del PO di Mantova
4. **PDTA 35** Percorso Diagnostico Terapeutico per una corretta gestione del paziente affetto da MIELOMA MULTIPLO
5. **PDTA36** Percorso di integrazione delle cure nei pazienti affetti da tromboembolia polmonare in fase acuta in Medicina Rianimazione UTIC Presidio di Pieve di Coriano
6. **PDTA 37** Percorso di integrazione nelle cure nei pazienti affetti da scompenso cardiaco in fase acuta in Pronto Soccorso, Medicina UTIC presso il Presidio di Pieve di Coriano
7. **PDTA 38** Percorso di integrazione delle cure nei pazienti affetti da polmoniti in fase acuta in Medicina Generale e Rianimazione Presidio di Pieve di Coriano
8. **PDTA 39** Percorso Trattamento integrato in continuità ospedale territorio dei pazienti con scompenso cardiaco refrattario terminale
9. **PDTA 40rev 1** Percorso la gestione del paziente cardio operato nelle SC di Cardiocirurgia e Anestesia Rianimazione PO di Mantova

Al fine di meglio supportare le attività di gestione del rischio clinico e del mantenimento del sistema aziendale di gestione per la qualità si è provveduto all'acquisizione di uno specifico software. Il software denominato "Talete" ha la possibilità di gestire informaticamente applicativi inerenti:

- Gestione reattiva e proattiva del rischio clinico (segnalazioni e gestione delle azioni correttive)
- Accreditamento istituzionale
- Registrazione NC e gestione del miglioramento secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008
- Cruscotto indicatori della qualità
- Gestione documentale della qualità

Per l'anno 2013 è proseguita l'attività di **mediazione trasformativa dei conflitti** con l'ampliamento dell'attività anche alla gestione della comunicazione e dei conflitti tra operatori e a conflitti interprofessionali e intergruppo che possono aumentare i rischi per la sicurezza e le probabilità di errore. Lo spazio dedicato, chiamato "Well.Co.Me", è volto a favorire la comunicazione tra operatori al fine di ridurre i conflitti, stimolare la collaborazione, l'appartenenza del personale all'Azienda e aumentare la responsabilità professionale. Il Processo che si attiva per ristabilire il dialogo tra le parti e consentire ad ognuna di esse di esprimere il proprio punto di vista (vissuti, percezioni, ...) ed approdare ad una nuova relazione attraverso un intervento specifico e professionalmente connotato ha prevalentemente l'obiettivo di:

- Ristabilire la relazione e la fiducia tra paziente ed operatore
- Migliorare la gestione delle conseguenze delle controversie
- Preservare l'immagine pubblica delle Aziende
- Ridurre i costi dei conflitti
- Dare una possibilità di empowerment a utenti e operatori
- Diffondere una cultura della non colpevolizzazione

### **Progetti operativi di "Risk Management"**

In base a quanto viene definito dagli obiettivi sopra esposti e in un'ottica di integrazione delle attività di risk management con gli Standard di Valutazione delle Performance Qualitative di Regione Lombardia nell'ambito del SGQ aziendale si dettagliano i seguenti progetti specifici di risk management allegati al presente piano.

1. Prosecuzione del "progetto di sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" che ricomprende le seguenti fasi desunte dalle evidenze degli audit clinici condotti dal 2010 al 2012 su emorragia post partum, gestione del CTG.
2. Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza sanitaria attraverso il sostegno delle attività del CIO (descritte nello specifico piano annuale)
3. Conclusione del progetto biennale sull'Analisi proattiva dei rischi nell'ambito della diagnosi precoce dei tumori della mammella (screening mammografico) in collaborazione con ASL di Mantova con lo scopo di condividere, attraverso un gruppo di analisi, il processo nell'ambito dello screening e con l'analisi proattiva dei rischi clinici ed organizzativi distribuiti sul percorso.
4. Realizzazione del progetto "prevenzione degli incendi nelle sale operatorie" come richiesto dalla nota regionale prot. H1.2013.9383 del 22 marzo 2013 con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria, il RSPP ed i blocchi operatori
5. Ottenimento della certificazione della carta dei diritti del bambino e dell'adolescente in ambito ospedaliero avente lo scopo di definire specifici percorsi di sicurezza clinica ed organizzativa sui pazienti pediatri e gli adolescenti nel PO di Mantova.

### **Piano formativo per le attività di risk management e inerenti il sistema di gestione per la qualità (SGQ)**

Anche per il 2013 la Struttura Sviluppo del sistema qualità e risk management, nell'ambito della SC Qualità Accreditamento e Appropriatelyzza, promuoverà iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

° La gestione in sicurezza del farmaco, a seguito delle procedure prodotte dal Gruppo di miglioramento nell'anno 2011 in linea con quanto definito dagli STD di JCI e dalle raccomandazioni ministeriali. Nello specifico, attraverso il coinvolgimento della Struttura di Farmacia e dei Dipartimenti, si intende proseguire e concludere la diffusione a medici ed infermieri degli strumenti sulla corretta prescrizione, somministrazione registrazione e conservazione dei farmaci nelle UO con particolare riguardo ai farmaci ad alto rischio ed ai farmaci SALA ed i farmaci OFF LABEL. .

### **Attività previste nell'ambito del mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale**

Nell'ambito delle attività di mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale sono stati aggiornati, durante gli audit interni, i requisiti organizzativi delle UO dell'azienda e nello specifico per quanto riguarda:

- I piani di cura
- I pacchetti / protocolli di DH/DS
- I pacchetti / protocolli MAC e BIC
- Elenco linee guida definiti dalle singole UU.OO.
- Elenco delle procedure specifiche adottate dalle singole UU.OO.

Sono stati effettuati nuovi accreditamenti in relazione ai lavori di ristrutturazione in atto presso i PP.OO. di Mantova , Asola e Bozzolo. E' stata effettuata attività di supporto alle visite effettuate dall'ASL presso le UO dell'Azienda

### **Appropriatelyzza clinica**

L'azienda attraverso le strutture dedicate ha provveduto ad implementare la cultura dell'appropriatelyzza clinica.

La quota del 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori è stata realizzata dalla Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatelyzza. L'esito dell'autocontrollo è stato inoltrato all'ASL con la nota prot. n. 27865 del 31/07/2013.

Nell'ambito dell'Appropriatelyzza è stata sviluppata l'attività di coordinamento, supporto diretto e controllo della suddetta, ovvero:

- La Revisione del Piano di Cura dell'Attività cure subacute emesso il 12/6/2013 per integrazioni di patologie e modalità di gestione ACSA
- il monitoraggio continuo dell'attività con incontri FORMALI operativi di analisi e valutazione: Verbali del 10/04/2013, 08/05/2013 e 12/6/2013
- il CONTROLLO di n. 227 cartelle cliniche;
- il monitoraggio trimestrale dell'attività attraverso 4 indicatori di processo e di appropriatelyzza clinica

Nell'ambito dell'attività MAC sono state effettuate le seguenti azioni:

1. Definizione ed implementazione dei PACCHETTI MAC secondo la normativa regionale e la gestione clinica delle patologie trattabili in MAC per n. 17 UU.OO.
2. definizione, diffusione ed implementazione a livello aziendale del REGOLAMENTO MAC
3. Formazione sul campo del personale MEDICO , Infermieristico e Amministrativo per la corretta gestione clinica ed organizzativa del percorso BIC (per le MAC già effettuato con 2 incontri nel 2012 e l'attività già avviata nel 2013): presentazione materiale slides con la cartella clinica BOCA/BIC e casi clinici concreti in incontro aziendale operativo del 18/04/2013.
4. supporto e consulenza professionale in sede di controllo NOC dell'attività MAC, come segue:  
05/06/2013 PO Bozzolo  
12/06/2013 PO Pieve di Coriano  
20/06/2013 PO Mantova

Nell'ambito dell'appropriatezza clinica sono stati redatti dei percorsi denominati PAC che riguardano l'attività di Diagnostica per Immagini. In particolare attraverso lo svolgimento di apposito Gruppo di Miglioramento sono stati redatti i seguenti PAC.

- Percorso di Appropriatazza CLINICA e PRESCRITTIVA Radiologica del Distretto Senologico

"Radiologia: appropriatezza e diritto alla salute

- Percorso di Appropriatazza CLINICA e PRESCRITTIVA Radiologica del Distretto Testa

"Radiologia: appropriatezza e diritto alla salute

- Percorso di Appropriatazza CLINICA e PRESCRITTIVA Radiologica del Distretto Torace

"Radiologia: appropriatezza e diritto alla salute

- Percorso di Appropriatazza CLINICA e PRESCRITTIVA Radiologica del Distretto Addome

"Radiologia: appropriatezza e diritto alla salute.

I percorsi sono stati divulgati nell'ambito di un seminario dedicato all'Appropriatezza Clinica e Prescrittiva in Radiologia che si è svolto in data 14.12.2013 presso il MA.MU di Mantova.

La documentazione sanitaria (cartella clinica infermieristica) è stata più volte revisionata in relazione alle esigenze dei clinici e si sono realizzati gli audit semestrali di controllo della cartella clinica inseriti nell'ambito del SGQ certificato ISO 9001:2008

## **SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO**

"I risultati sugli obiettivi del Piano annuale Siss 2013 relativi a completezza , tempestività, livello di prenotazione via CCR, sono i seguenti:

(1) GASS: il target di 6000 credenziali rilasciate per l'accesso al FSE è stato pienamente raggiunto; risultano erogate n. 6651 credenziali.

Per quanto riguarda gli altri indicatori, I dati esposti di seguito si riferiscono al monitoraggio effettuato e verbalizzato dal GCA ASL in seduta del 18 dicembre 2013 con riferimento al grado di raggiungimento rilevato a fine novembre 2013

(2) Referti di Radiologia: il trend di pubblicazione dei referti è in diminuzione rispetto allo stesso periodo 2012 ed è corrispondente alla minor produzione di prestazioni derivante dalla cessazione di un ambulatorio esterno (Medicenter) gestito da AO POMA fino al 31/12/2012. La minore erogazione di esami radiologici (circa 11.000 al Medicenter 2012) giustifica la minore numerosità dei referti pubblicati rispetto al target attribuito (si presume il raggiungimento al 92%)

(3) Verballi di PS: il trend della pubblicazione dei verballi di PS è in diminuzione rispetto allo stesso periodo 2012. Il numero di accessi registrati ai PS aziendali nell'anno 2013 è diminuito e proporzionalmente sono diminuiti i referti pubblicati; si presume il raggiungimento dell'obiettivo al 92%.

(4) Lettere di Dimissione: il trend della pubblicazione delle lettere di dimissione è in diminuzione rispetto allo stesso periodo 2012. Il numero di ricoveri è fortemente diminuito rispetto al 2012 anche per effetto della riclassificazione dei ricoveri dh in prestazioni ambulatoriali (MAC) che nel 2013 ha avuto un deciso impulso; a questo si aggiunge altresì il calo dei ricoveri ordinari. Il grado di raggiungimento del target (previsto al 92%) riflette la riduzione dei ricoveri complessiva.

(5) TEMPESTIVITA' – il trend è in linea con lo stesso periodo dell'anno precedente ; si evidenzia che nel mese di agosto l'accessibilità al sistema è stata fortemente condizionata da blocchi (circa 6 giorni) nelle postazioni adibite alla pubblicazione dei referti (74%). È stato attivato da settembre un nuovo sistema di controllo che segnala eventuali blocchi, che consente al SIA di intervenire prontamente. Il target di pubblicazione che si presume di raggiungere a fine 2013 (86% complessivo) pur essendo al di sotto dell'obiettivo, evidenzia un miglioramento del trend rispetto all'anno 2012.

(6) Prenotazioni Farmacie e Cittadini: il numero di prenotazioni delle Farmacie è in linea con il target assegnato, che consolida il risultato 2012. Non è significativamente aumentato il numero di prenotazioni tramite internet da parte dei cittadini.

(7) Prenotazioni CCR: è in linea con l'anno precedente e rispetto al target 2013.

(8) Prescrizione elettronica SISS: il livello di prescrizione è appena superiore rispetto all'anno 2012 ma non sufficiente per raggiungere pienamente l'obiettivo atteso, attestandosi al 92%. Tutti gli altri obiettivi sono in linea con il Piano annuale SISS 2013 e con gli indicatori in esso contenuti.

<b>indicatori</b>	<b>2012</b>	<b>Target 2013</b>	<b>Consuntivo 2013</b>
Credenziali gass	1782	6000	6651
Pubblicazione: referti Laboratorio	228000	218000	225611
Referti radiologia	138000	138000	126528
Referti ambulatoriali	360850	360000	362622
Verbali di PS	88600	88000	82503
Lettere dimissione	31000	27000	25641
Prescrizioni in Siss	109641	120000	114723
Tempestività	83%	95%	86%

Ad integrazione di quanto sopra e in relazione ad aspetti peculiari inseriti nella descrizione dell'obiettivo del Piano performance, si precisa che:

I certificati di malattia on line verso Inps sono regolarmente emessi dai medici di Pronto Soccorso (il numero di certificati emessi è rilevato da Lispa a cadenza mensile ma globalmente sugli erogatori sanitari e su MMG del territorio ASL)

Le modalità di richiesta delle consulenze interne tra reparti è gestito, dal 2013, con modalità informatica - programma Galileo - in uso in tutte le strutture; la numerosità e la tipologia delle consulenze è rilevata, ai fini di valorizzazione interna delle attività ed è disponibile presso la struttura Controllo di Gestione su base annuale.

Il sistema di prescrizione informatica delle protesi, attivato già nel 2012 per i pazienti esterni, è stato esteso anche alla fase di dimissione del paziente ricoverato ed è regolarmente in uso.

Il percorso di continuità della cura (prima osservazione - approfondimento diagnostico - controlli) si sviluppa regolarmente nelle varie strutture dell'Azienda e i medici specialisti sono tenuti ad emettere la prescrizione per l'approfondimento diagnostico, evitando il rinvio del paziente al medico di medicina generale.

## **PROGETTI DI INVESTIMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO**

L'anno 2013 ha privilegiato gli investimenti finalizzati al completamento di precedenti interventi, al potenziamento di apparecchiature tecnologiche sanitarie e agli adeguamenti tecnologici e normativi delle strutture e degli impianti ai fini della messa a norma e sicurezza e per l'adeguamento ai requisiti di accreditamento.

E' stato autorizzato all'acquisto di:

- Un sistema Mammografico per lo screening Mammografico del P.O. di Mantova;
- Un Tomografo a Risonanza Magnetica per la Diagnostica per immagini del P.O. di Mantova;
- Un sistema Angiografico per il servizio di Cardiologia del P.O. di Mantova;
- Un Eco color doppler per la struttura di Chirurgia Vascolare del P.O. di Mantova;
- Un Eco color doppler per la struttura di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Mantova;
- Un Eco color doppler per la struttura di Cardiologia del P.O. di Mantova;

## **ACQUISTI CENTRALIZZATI - GARE AGGREGATE**

L'obiettivo strategico "Acquisti centralizzati - Gare aggregate" riportato nel Piano delle performance 2013, prevedeva un "incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31.12.2013 rispetto al 2012 (come capofila o affiliato)".

Considerato che nel 2012 questa Azienda Ospedaliera ha preso parte a n. 32 aggregazioni, l'obiettivo per l'Esercizio 2013 è rappresentato dalla pubblicazione di almeno n. 35 gare aggregate. Nel corso del 2013 l'Azienda ha bandito n. 39 procedure di gara in forma aggregata di cui n.11 in qualità di capofila e n. 31 in qualità di mandante.

L'AO ha provveduto alle proprie esigenze nel rispetto della programmazione degli acquisti concertata e condivisa con le AA.OO. ed AA.SS.LL. appartenenti al Consorzio Aipel.

L'Azienda oltre ad attivare un'oculata gestione degli strumenti di acquisto telematici ed in particolare il ricorso costante al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (c.d. MEPA - ex art.1, co.449, L.296/06) ed alla Piattaforma Sintel (ex art. 1 co. 6 ter, L.R. 33/2007), ha preso parte a procedure di gara centralizzate per i soli beni/servizi standardizzabili in grado di creare un reale economia di scala.

Ha provveduto inoltre ad aderire all'accordo trilaterale con Regione Lombardia e Lombardia Informatica (Lispa) in ordine alla gestione delle postazioni di lavoro (Fleet Management) e per i servizi di rete.

## **ALTRI PROGETTI**

### **Ospedale senza dolore**

La documentazione è in revisione per la necessità di riorganizzare parte del percorso (chirurgico, dolore in PS, ambulatoriale) si rimanda al piano d'azione del gruppo di miglioramento.

L'indicatore monitorato verifica presenza rilevazione del dolore in cartella clinica secondo quanto previsto dal Manuale di regione Lombardia. Il valore raggiunto è 90% (v.o. 80%), raggiunto.

Attualmente si mantiene l'indicatore definito.

Non sono state rilevate NC sul processo.

Gli obiettivi del piano di miglioramento del 2013 sono stati raggiunti :

Incontri COSD (almeno 2/anno)

Completamento della Revisione dei protocolli aziendali per la gestione del dolore chirurgico, ambulatoriale e in pronto soccorso

Garantire informazione e sensibilizzazione ai cittadini

Uniformare utilizzo farmaci: attivato GdM

PROGETTO CARDIOPAIN: inserimento nella lettera di dimissione ospedaliera di un'esplicita citazione in merito all'uso di farmaci antiinfiammatori non steroidei e di inibitori selettivi della COX- 2 in pazienti cardiopatici

**Assistenza Domiciliare Cure Palliative:**attivazione di sede operativa ODCP nel territorio a NORD della provincia di Mantova

Nell'aprile 2013 è stata attivata la sede ODCP di Castelfreddo (territorio Alto Mantovano) . Tale sede è pienamente operativa, venendo regolarmente utilizzata da tre infermiere e un medico dedicati a presidiare l'assistenza palliativa domiciliare della parte nord del nostro territorio e ad eseguire colloqui di presa in carico domiciliare o hospice di malati ivi residenti.

Nel 2013 sono stati presi in carico n° 49 con un trend in costante crescita.

**Attività di prelievo di organi e tessuti:** l'Azienda da tempo espleta l'attività di prelievo di cornee e tessuto muscolo-scheletrico nei tre Presidi Ospedalieri ed è sede di Prelievo Multiorgano. L'attività di prelievo di organi e tessuti è espletata all'interno dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ed è effettuata su donatori cadaveri (per quanto riguarda il tessuto corneale ed i prelievi multiorgano) che su donatori viventi (donazione di tessuto muscolo scheletrico).

Per quanto attiene la donazione da cadavere Multiorgano tale attività è esperita solo a livello del presidio di Mantova in quanto da procedura aziendale, tutti i potenziali donatori segnalati dalla rianimazione di Pieve di Coriano, vengono trasferiti presso la Rianimazione di Mantova.

Nel corso del 2013 vi sono state n. sei convocazioni di collegio medico ai fini dell'accertamento della morte con criteri neurologici di cui tra andate a buon fine con la donazione di organi e tessuti. Negli altri tre casi invece i famigliari non dato il loro consenso.

Rispetto al 2012 in cui i collegi convocati sono stati due, di cui solo uno andato a buon fine con la donazione multiorgano, il 2013 ha registrato un netto aumento delle donazioni.

Ciò è legato alla campagna di informazione e formazione che è stata svolta dall'Azienda, in stretta collaborazione con la funzione Formazione, per organizzare un corso base, tenuto dai nostri operatori, ed uno avanzato tenuto invece dagli operatori dell'area NITp di Milano.

Per quanto riguarda il prelievo di tessuto corneale, purtroppo, l'obiettivo di avere almeno il 10% di donazioni rispetto al totale dei decessi in azienda, non è stato centrato (percentuale di prelievo effettivo pari al 5.8%)

Sul punto mi preme sottolineare che a fronte di una maggior segnalazione da parte delle UUOO, il numero di donazioni effettive si è però ridotto.

I dati del 2013 hanno rilevato che vi è una percentuale di opposizione da parte dei famigliari è di circa il 33%, mentre la percentuale di donatori non idonei per motivi clinici è pari al 34%. Pertanto solo 33% rimanente è potenzialmente tessuto idoneo.

Il prelievo di tessuto muscolo scheletrico da vivente: tale attività è svolta dai reparti di ortopedia di Pieve di Coriano e di Mantova e consiste nell'avere la percentuale di donatori di teste femorali pari al 10% rispetto al numero totale di protesi d'anca impiantate in elezione.

I dati del 2013 sono ampiamente positivi: 88 sono stati gli interventi di artroprotesi d'anca (a livello aziendale) con ben 45 prelievi di tessuto muscolo scheletrico (percentuale pari al 51%).

Nel corso dell'anno 2013, ai fini di ottimizzare i trasporti del tessuto muscolo scheletrico alla banca dell'osso di pavia, si è concordato con il servizio SIMT del presidio di Mantova di congelare a - 80° le teste di femore prelevate che vengono conservate presso lo stesso servizio.

Il secondo e quarto mercoledì di ogni mese, gli autisti provvedono quindi al trasporto del materiale presso la banca dell'osso di Milano con riduzione della spesa annua per il trasporto.

Un'ultima annotazione riguarda il debito informatico che la regione Lombardia ci aveva segnalato riguardante l'inserimento dei dati nel sistema informatico di Donor Manager.

Nel corso del 2013 si è provveduto a richiedere la licenza e a far installare il programma informatico presso la segreteria della direzione medica del presidio di Mantova provvedendo all'inserimento informatico dei dati relativi ai prelievi di tessuto corneale, muscolo scheletrico e multiorgano che vengono eseguiti.

**Aree Omogenee:** implementazione delle aree omogenee come previste da DGR 9014/2009: area medica, chirurgico urologica, cardio-toraco-vascolare sul Presidio Ospedaliero di Mantova.

Area cardio-toraco-vascolare: con atto deliberativo n°1159/2013, dopo espressione di parere positivo in merito alla sostenibilità logistica e organizzativa da parte dell'ASL (atto n° 117/13), l'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad istituire l'area omogenea, con la finalità di rendere flessibile la gestione dei letti previsti nell'assetto accreditato della area medesima, comportando così l'incremento della saturazione complessiva dei posti letto previsto;

Area chirurgico urologia: attivata con atto n° 1157/13, con la finalità di ridurre le liste di attesa utilizzando la flessibilità del 20% dei posti letto sulle UO interessate (chirurgia generale e urologia) e per meglio rispondere alle esigenze di integrazione dei percorsi clinici ed assistenziali;

Area testa collo: attivata con atto n° 1158/13, con la finalità di ridurre le liste di attesa utilizzando la flessibilità del 20% dei posti letto sulle UO interessate (chirurgia maxillo facciale, otorino e oculistica) e per meglio rispondere alle esigenze di integrazione dei percorsi clinici ed assistenziali;

Area medica: è in via di definizione e perfezionamento il progetto per la realizzazione dell'area medica.

## **PROGETTI AZIENDALI E OBIETTIVI**

### **PERCORSO BUDGET**

L'Azienda è impegnata annualmente a migliorare sempre più il processo di negoziazione di budget da tempo adottato

Per l'anno 2013 il processo è così declinato:

- ❖ Gennaio 2013: incontri Pre-Budget Direzione Strategica
- ❖ Marzo 2013: assegnazione obiettivi economici (CD/RAD)
- ❖ Marzo 2013: formulazione obiettivi aziendali (gestionali) con Staff
- ❖ 1-5 Aprile 2013: *negoziazione e firma Budget* (escl. Mandato/Contratto)
- ❖ Maggio 2013: condivisione (Comitati) obiettivi Mandato/Contratto
- ❖ Giugno 2013: monitoraggio obiettivi economici (Dir. Strat./ Tavolo Dipartimenti & Comitati)



- ❖ Luglio 2013: incontri di Budget (AZIONI OBIETTIVO)
- ❖ 28-30 Ottobre 2013: incontri di Budget (VERIFICA AZIONI)
- ❖ Feb/Mar 2014: valutazioni 1° istanza
- ❖ Maggio 2014: valutazioni 2° istanza

## STRUTTURA SCHEDA BUDGET

Obiettivi:

### **Economici**

RISORSE ASSEGNATE

ANDAMENTO ECONOMICO

OBIETTIVI BUDGET 2013 (ECONOMICI - COSTI)

### **Gestionale/Organizzativo**

OBIETTIVI MIGLIORAMENTO ORGANIZZ/CLINICO

(indicatori previsti da strutture staff/sanitarie)

OBIETTIVI DI GESTIONE

### **Istituzionali**

OBIETTIVI DI MANDATO

OBIETTIVI DI CONTRATTO

OBIETTIVI STRUTTURE (vedi Q&A, RU,...)

- **CONTRATTO ASL/AO**
- **MANDATO**
- **DECRETO - BPE**
- **PIANO DELLE PERFORMANCE**
- **OBIETTIVI GESTIONALI/INDICATORI**

## PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

L'Azienda presenta un'organizzazione generale particolarmente complessa; parallelamente all'organizzazione aziendale di matrice gestionale è stata creata l'*organizzazione della sicurezza* che ricalca l'impostazione funzionale di base, ma che individua, anche in ulteriori settori aziendali a valenza critica per la sicurezza, strutture alle quali sono individuati dirigenti con delega di funzioni del datore di lavoro, dotati di necessaria autonomia e dei poteri indispensabili per la gestione della struttura di loro pertinenza.

Il primo passo verso questo modello di gestione integrato è stata la definizione di un "Documento Aziendale per la Gestione della Sicurezza e della Salute dei Lavoratori nell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova" che descrive ruoli, compiti e responsabilità dei cd attori della prevenzione, suddivisi in una **linea operativa**, che comprende il Datore di Lavoro, i Dirigenti Delegati, i Dirigenti, i Preposti e i Lavoratori, in una **linea di supporto**, che comprende il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e il Medico Competente e in una **linea consultiva** rappresentata dai Rappresentati dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

Il secondo passo è stata la definizione di una delega, da parte del datore di lavoro (Direttore Generale) ai sensi del combinato disposto dell'art. 2 e 16 del D.Lgs. 81/08, ai Dirigenti Responsabili di Struttura ; sono stati individuati dirigenti delegati dal datore di lavoro i Direttori di Dipartimento, il Direttore Medico di Presidio, il Direttore del S.I.T.R.A. (Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale), il Direttore della S.T.P.A. (Struttura Tecnica Patrimoniale Aziendale) oltre che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario.

Il Documento citato e il modello di delega sono stati deliberati in data 6 agosto 2013 con provvedimento n. 735.

Ai Dirigenti Delegati sono state assegnate, oltre a funzioni a carattere sanitario del ruolo di appartenenza, anche funzioni a carattere tecnico/amministrativo.

Più in dettaglio ai **Direttori di Dipartimento** viene attribuita la responsabilità delle strutture occupate, degli impianti (antincendio, elettrico, idraulico, gas-medicali,...) al servizio delle attività

sanitarie installate nelle strutture<sup>1</sup> al limite di batteria<sup>2</sup> per la sola parte organizzativa e/o procedurale, individuabile, quest'ultima, nella segnalazione di guasti o malfunzionamenti alle competenti strutture tecniche, nell'adozione tempestiva di misure atte a ridurre/eliminare i rischi per i lavoratori (es. intercettazione di valvole e rubinetti, chiusura di locali interessati dai rischi derivanti dal malfunzionamento); delle macchine e delle attrezzature installate, del personale<sup>3</sup> gerarchicamente e funzionalmente dipendente (personale dirigenziale sanitario), per i rischi derivanti dalla mansione e dall'uso delle attrezzature<sup>4</sup>;

al **Direttore Medico di Presidio** viene attribuita la responsabilità delle aree comuni (strade interne, cunicoli carrabili e transitabili dai pedoni, corridoi e scale comuni), ivi compresi gli impianti al servizio delle attività sanitarie installate nelle aree comuni fino al limite di batteria per la sola parte organizzativa e/o procedurale individuabile, quest'ultima, nella segnalazione di guasti o malfunzionamenti alle competenti strutture tecniche, nell'adozione tempestiva di misure atte a ridurre/eliminare i rischi per i lavoratori (es. intercettazione di valvole e rubinetti, chiusura di locali interessati dai rischi derivanti dal malfunzionamento);

al **Direttore del SITRA** viene attribuita la responsabilità della gestione delle azioni di prevenzione e protezione derivanti dai rischi professionali correlati alle mansioni esercitate e all'utilizzo delle relative attrezzature, da parte del personale Infermieristico, Riabilitativo e Tecnico;

al **Direttore del STPA** viene attribuita la responsabilità degli impianti (antincendio, elettrico, idraulico, gas-medicali,...) al servizio delle attività sanitarie installate nelle strutture, per la parte tecnica, individuabile, quest'ultima, nel mantenimento in efficienza degli impianti, nella loro corretta e periodica manutenzione nonché nell'adeguamento alle norme di legge.

Il processo di delega ha trovato il suo compimento, oltre che nella delega formale, nella costruzione di un organigramma della sicurezza per tutte le articolazioni sanitarie, tecniche e amministrative che, accompagnato dal documento aziendale sopra citato, individua i ruoli dell'organizzazione che devono provvedere all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione. Contemporaneamente è stato avviato un percorso di formazione sulla sicurezza, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/08 e dell' *"Accordo Stato Regioni 21.12.2011 sulla formazione dei lavoratori"* , a partire dai Dirigenti Delegati, Dirigenti, Preposti e Lavoratori per l'acquisizione delle informazioni sull'evoluzione del sistema normativo di cui al D.Lgs. 81/08, delle competenze tecnico-procedurali per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ma soprattutto per l'acquisizione delle capacità di svolgere un ruolo attivo nel miglioramento della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro.

---

<sup>1</sup> **Strutture.** Pavimenti, muri, pareti, scale, infissi, porte, finestre con i relativi accessori, Il dirigente delegato dal datore di lavoro risponde del proprio personale e della sicurezza delle strutture e dei relativi impianti.

<sup>2</sup> **Limite di Batteria.** Il limite di batteria è definito dal confine di competenza di una struttura.

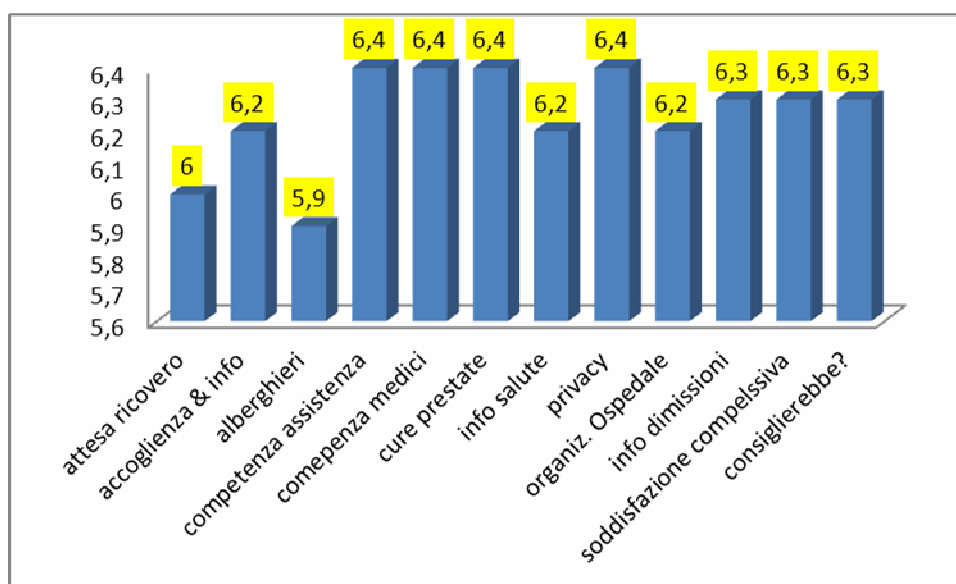
<sup>3</sup> **Personale.** Tutti i dirigenti delegati dai datori di lavoro dell'azienda rispondono della sicurezza del proprio personale e curano i dispositivi di protezione individuale specifici oltre a rispondere della sicurezza verso il dipendente e verso terzi delle attrezzature che non hanno un contratto in appalto di manutenzione preventiva, periodica e più in generale che curi la sicurezza.

<sup>4</sup> **Attrezzature.** Il dirigente delegato, per quanto riguarda la gestione in appalto della sicurezza delle attrezzature (elettromedicali/ausili e altre attrezzature, escluse quelle informatiche e per la mobilità aziendale e quelle del magazzino afferenti ad altro dirigente delegato), fa in modo che la ditta che cura l'appalto di manutenzione preventiva e periodica esegua quanto da capitolato utilizzando personale del STPA formato allo scopo. In questo modo viene garantito l'aspetto istituzionale della sicurezza dell'attrezzatura, mentre è lo stesso dirigente che ha in consegna lo strumento che deve preoccuparsi della formazione sull'uso dell'attrezzatura e che deve vigilare sull'integrità funzionale e di sicurezza dello strumento stesso. Fondamentale è ribadire che tutte le attrezzature, gli impianti o le strutture, una volta collaudate, verificate e consegnate al Dirigente Delegato dal Datore di Lavoro utilizzatore passano sotto la diretta responsabilità di quest'ultimo fino alla successiva verifica di funzionalità e di sicurezza. La mancata verifica di sicurezza periodica comporta una non conformità nella gestione del bene che va ripartita, secondo le procedure di qualità tra il dirigente delegato delle attrezzature e il dirigente delegato che ha l'utilizzo del bene.

## CUSTOMER SATISFACTION

Il 2013 rappresenta un anno di **forte riduzione** dei **reclami** rispetto all'anno precedente (da **157 del 2012 ai 113 del 2013**), in coerenza con un trend quadriennale. Tale diminuzione pare potersi attribuire a un'accresciuta attenzione ai cittadini da parte dei professionisti, a una potenziata capacità comunicativa aziendale e alla risoluzione immediata dei problemi da parte degli sportelli URP (Struttura Comunicazione). Incidono anche fenomeni diffusi di rinuncia al reclamo, ritenuto una perdita di tempo più che uno strumento per promuovere il cambiamento. L'esiguità dei reclami mette però a rischio la possibilità di un loro utilizzo ai fini della gestione del sistema qualità: è quindi in corso una sistematica rilevazione delle attività URP che non sfociano in reclamo ma che, alla stregua di un *near accident*, possono contribuire alla definizione di aree di miglioramento.

L'attività di **Customer Satisfaction** ha dato vita all'analisi di **4.151 questionari** relativi ai **ricoveri** e **4.566 questionari** relativi alle **prestazioni ambulatoriali**. Lo strumento di analisi è elaborato da Regione Lombardia, che a partire dal 2010 l'Urp dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha implementato con sottodomande di approfondimento. Per quanto riguarda i **ricoveri**, le valutazioni negative dei cittadini si attestano sull'1% (ad esclusione degli aspetti alberghieri, 2%) mentre si hanno risultati lusinghieri rispetto alla professionalità del personale assistenziale e medico, alle cure prestate, al rispetto della riservatezza. Altrettanto positiva la disponibilità a consigliare il ricovero presso le nostre strutture. Riguardo agli aspetti della comunicazione, intesi come informazioni all'atto del ricovero, durante la degenza e all'atto delle dimissioni, si nota una flessione che si accentua nel caso della valutazione generale della organizzazione ospedaliera e dei tempi di attesa dei ricoveri programmati. Qui sotto un grafico riepilogativo:



In merito alle prestazioni ambulatoriali, i cittadini risultano sostanzialmente soddisfatti della prestazione ricevuta, al punto da esprimere una valutazione globale altamente positiva che pare non tener conto dei disagi dichiarati in fase di prenotazione, attesa della prestazione, accesso agli sportelli per le pratiche necessari.

D2 prenotaz

D3 tempi visita

D4 accettazione

D5 Comfort

D6 Rispetto orari

D7 medici

D8 info ricevute

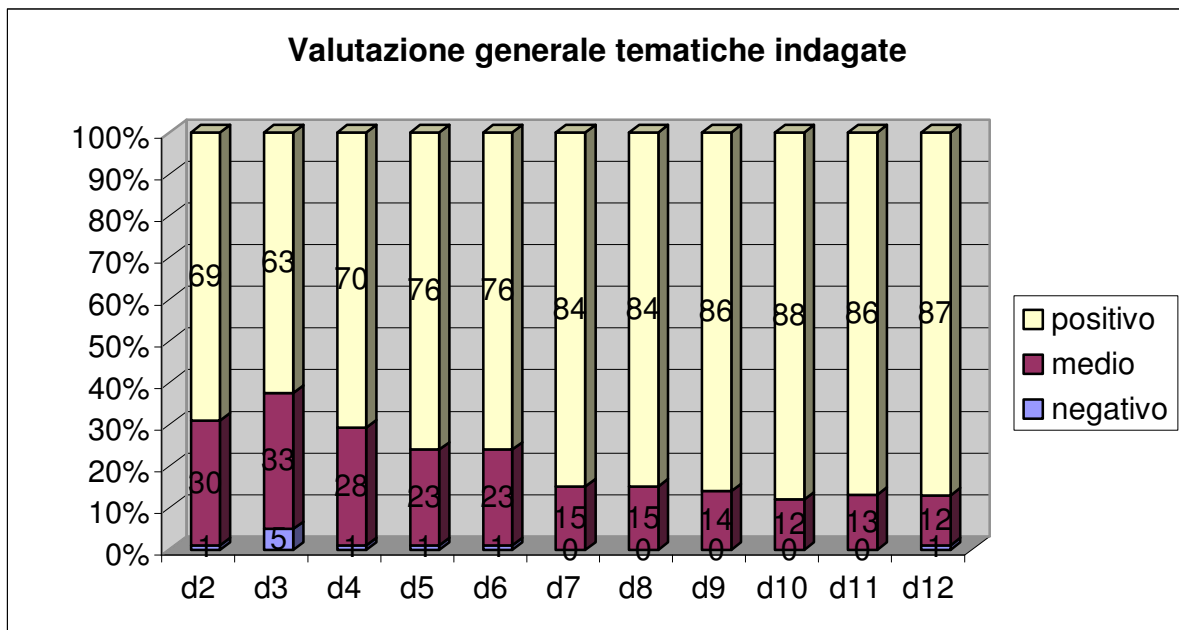
D9 pers assist

D10 Privacy

D11 valutazione generale

D12

Consiglierebbe ad altri?



Un'indagine qualitativa realizzata nel 2013 nei confronti degli utenti CUP ha dimostrato come anche i cittadini che hanno utilizzato la prenotazione telefonica con soddisfazione preferiscano rivolgersi agli sportelli in caso di dubbi sulla modalità di accedere alla prestazione e comunque, al di là dei disagi logistici e di attesa, si apprezzano professionalità e disponibilità degli operatori. Per stranieri e anziani la prenotazione telefonica rappresenta invece un ostacolo pressoché insormontabile: l'indagine ha sottolineato come nei confronti di queste ed altre categorie sarebbe indispensabile poter attivare la prenotazione tramite "mediatori" esperti, quali le Farmacie (peraltro già destinate a tale servizio da parte della normativa regionale), i servizi stranieri in essere presso Comuni ed Associazioni, le sedi dei pensionati.

### **Azioni di miglioramento**

La Struttura Comunicazione, attraverso l'URP, intraprenderà nel 2014 le seguenti iniziative, volte a migliorare la soddisfazione dell'utente e il sistema di rilevazione della qualità:

- forte interazione con la struttura Qualità Accreditamento e Controllo Strategico;
- riduzione del numero dei questionari (secondo le linee guida regionali) a favore di due report semestrali e dello sviluppo di indagini qualitative più mirate rispetto alle esigenze aziendali. In particolare, saranno attivate indagini sul Pronto Soccorso e sulle Pediatrie;
- supporto alle strutture con proprie indagini di gradimento (Laboratori, Cure Palliative).

### **VALUTAZIONE QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO**

Per misurare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza Regione Lombardia rileva i seguenti indicatori:

Dimissioni Volontarie

Ritorni in Sala Operatoria

Ricoveri Ripetuti

Trasferimenti tra Strutture

Gli stessi indicatori saranno adottati dall'Azienda.

#### **DIMISSIONI VOLONTARIE**

PRESIDIO	TIPO RICOVERO
	ORDINARIO
<b>Osp. Carlo Poma - Mantova</b>	
DIMESSI	125
<b>Osp. Civile - Asola</b>	
DIMESSI	125
<b>Osp. Civile - Bozzolo</b>	
DIMESSI	4

<b>Osp. Destra Secchia - Pieve Di Coriano</b>	
DIMESSI	34
<b>DIMESSI totale</b>	<b>288</b>

### RICOVERI RIPETUTI (REINGRESSI REGIONALI)

PRESIDIO	TIPO RICOVERO
	ORDINARIO
<b>Osp. Carlo Poma - Mantova</b>	
REINGRESSI	788
<b>Osp. Civile - Asola</b>	
REINGRESSI	110
<b>Osp. Destra Secchia - Pieve Di Coriano</b>	
REINGRESSI	205
<b>REINGRESSI TOTALI</b>	<b>1.103</b>

### TRASFERITI AD ALTRO OSPEDALE

MDC	TRASFERITI ALTRA STRUTTURA
00 Nessun MDC	2
01 Malattie e disturbi sistema nervoso	75
03 Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	1
04 Malattie e disturbi apparato respiratorio	55
05 Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	212
06 Malattie e disturbi apparato digerente	23
07 Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	15
08 Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	41
10 Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	2
11 Malattie e disturbi rene e vie urinarie	16
13 Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	2
14 Gravidanza, parto e puerperio	18
15 Malattie e disturbi periodo perinatale	39
16 Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	3
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	7
18 Malattie infettive e parassitarie	14
19 Malattie e disturbi mentali	81
20 Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	2
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1
22 Ustioni	1
23 Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	6
24 Traumatismi multipli	3
25 Infezioni da HIV	9
PR Pre-MDC	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>632</b>

### TRASFERIMENTI INTERNI

PRESIDI	TRASFERIMENTI
Osp. Carlo Poma - Mantova	2369
Osp. Civile - Asola	29
Osp. Destra Secchia - Pieve Di Coriano	510
<b>Totale complessivo</b>	<b>2908</b>

### REINTERVENTI

UU.OO.	CASI
Ostetricia e Ginecologia Asola	5
Cardiochirurgia Mantova	40
Chirurgia Maxillo Facciale Mantova	5
Chirurgia Generale Mantova	35

Chirurgia Senologica Mantova	6
Chirurgia Toracica Mantova	27
Chirurgia Vascolare Mantova	29
Endoscopia Digestiva Ambulatorio Mantova	4
Oculistica Mantova	9
Ortopedia Mantova	12
Ostetricia e Ginecologia Mantova	21
Otorinolaringoiatria Mantova	3
Urologia Mantova	50
Chirurgia Generale Pieve	28
Oculistica Pieve	1
Ortopedia Pieve Coriano	4
Ostetricia e Ginecologia Pieve	2

### **PROGETTO SEPSI (PREVENZIONE E GESTIONE)**

Alla luce delle Linee Guida per il Risk Management anno 2013 di cui al prot. R.L. H120120035717 del 13.12.2012 l'Azienda Ospedaliera è impegnata nella individuazione di:

1. -un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla stesura di un PDTA per la lotta alla sepsi grave;
2. -scheda di rilevazione dati per identificazione paziente settico
3. -partecipazione ad interventi formativi regionali dei dipendenti che si occupano della materia
4. -organizzazione in Azienda di seminario (due edizioni: dicembre 2013 e febbraio 2014 )  
"Gestione precoce della sepsi" rivolto al personale sanitario.

26/06/2013 istituzione Gruppo Tecnico di Approfondimento ( GAT) Aziendale costituito da  
2 medici della S.C. Malattie Infettive

1 medico della S.C. Rianimazione Di Mantova

1 medico della S.C. Rianimazione Di Pieve di Coriano

1 medico della S.C. Pneumologia UTIR

1 medico della S.C. Pronto Soccorso

Risk Manager

1 medico della S.C. Laboratorio - Microbiologia

Il GAT Aziendale è costituito da componenti del CIO e le attività del GAT sono supportate dal Gruppo Operativo del CIO.

Il GAT ha elaborato la scheda sotto riportata per l'identificazione del paziente settico.

## GRIGLIA DI VALUTAZIONE SIRS, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO

STRUTTURA DI \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_

<b>DATI ANAGRAFICI E SUL RICOVERO</b>		
ETICHETTA PAZIENTE		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                      Data ricovero  __ _ / __ _ / __ _     ORARIO D'INGRESSO ____,__		
PARAMETRI	A 3 ORE	A 6 ORE
1) Accesso venoso periferico di grosso calibro all'ingresso in PS o UO		
2) Posizionamento catetere venoso centrale ( se possibile nell'arco delle 24 ore)		
3) Emogasanalisi immediata		
4) Misura lattati		
5) Ossigeno terapia		
6) Esami ematochimici (emocromo, coagulazione, azotemia, creatinina, SGOT, bilirubina, fibrinogeno,PCR)		
7) Prelievo per esami colturali (sangue, urine)		
8) Espansione volemica ( 30 ml/Kg di peso in 10 minuti seguito da 500/1000 ml di cristalloidi/colloidi)		
9) Inizio terapia antibiotica empirica		
10) Monitoraggio orario diuresi		

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

### Indicazioni per la raccolta dati

La compilazione è a carico del medico che segue il paziente. Inserire una crocetta per confermare il parametro a 3 o a 6 ore. Aderenza alle raccomandazioni LG (bundle resuscitazione) in campione di cartelle cliniche del periodo ottobre/dicembre 2013 relativo a pazienti ricoverati in Rianimazione con diagnosi di sepsi grave-shock settico (fase preintervento), con utilizzo di griglia di valutazione (numero di casi con livello di aderenza valido/totale dei casi) abbinamento nella stessa giornata di emocoltura e lattati in tutti i pazienti con diagnosi di sepsi grave-shock settico periodo ottobre/dicembre 2013 (fase preintervento) (casi adeguati/totale dei casi) Idem nel periodo ottobre/dicembre 2014 (fase postintervento)

Il giorno 13/09/2013 hanno partecipato al convegno "Stop Sepsis save lives": la lotta alla sepsi (Iniziativa in Regione Lombardia Cod SDS 13017) 2 medici del GAT aziendale.

Il giorno 15 ottobre 2013 ha partecipato al convegno in Regione Lombardia del Corso per la formazione di formatori "La gestione della Sepsis nelle Aziende Ospedaliere" 1 medico, componente del GAT aziendale.

Il giorno 4 dicembre 2013 si è svolto il seminario aziendale " Gestione e trattamento precoce della sepsi grave ". Lo stesso seminario sarà ripetuto il 12 febbraio 2014 che ha visti coinvolti, nelle varie edizioni 150 Professionisti dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma: Medici, Infermieri, Ostetriche, Biologi, Assistenti Sanitari, Tecnici sanitari di laboratorio.

## **DEFINIZIONE DEL PERCORSI DI APPROPRIATEZZA CLINICA**

Per l'anno 2013 sono stati definiti ed implementati n. 4 Percorsi di Appropriatazza Clinica e Prescrittiva ( PAC) in Radiologia come segue:

1. PAC01\_ Percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva per il Distretto senologico-pubblicato ed inserito sul portale aziendale il 30/05/2013
2. PAC02\_ Percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva per il Distretto Testa – Collo, pubblicato ed inserito sul portale aziendale il 30/06/2013
3. PAC03\_ Percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva per il Distretto Torace, pubblicato ed inserito sul portale aziendale il 10/10/2013
4. PAC04\_ Percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva per il Distretto Addome, pubblicato ed inserito sul portale aziendale il 29/11/2013

La presentazione e la condivisione allargata in Plenaria dei suddetti PAC è stata organizzata in un Convegno al MaMu Mantova il 18/12/2013 con la partecipazione dei Medici Specialisti ospedalieri del C. Poma e Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta (ASL della Provincia di Mantova), che ha portato alla pubblicazione dei suddetti PAC sia sul Portale dell'AO C. Poma che dell'ASL della Provincia di Mantova.

### *Programmazione anno 2014*

Dopo la presentazione in Plenaria dei PAC, è stato definito un Programma formativo Aziendale accreditato ECM, per la formazione capillare dei medici ospedalieri sulla corretta prescrizione, come segue:

- N. 2 edizioni di 4 ore – il 10 e 17/05/14 - per i Medici del Pronto Soccorso (Mantova, Asola e Pieve)- radiologia d'Urgenza.
- N. 2 edizioni di 4 ore – 27/9 e 4/10/2014 – Medici Oncologi – radiologia Oncologica 2014 – ottobre – novembre- dicembre – Corso di formazione ASL -accreditato ECM
- N. 5 edizioni di 4 ore di formazione per Aree distrettuali della Provincia di Mantova – per MMG e PLS.

Il Laboratorio Analisi (SMEL) non è stato inserito negli Obiettivi 2013, per quanto l'appropriatazza clinica e prescrittiva.

## **TEMPI DI ATTESA**

Come si evidenzia dai dati ASL (sito istituzionale), per l'anno 2013 si rileva un miglioramento delle principali prestazioni critiche sia sul fronte visite, sulle prestazioni diagnostiche e sulle procedure monitorate.

## **POLITICHE DEL PERSONALE**

L'anno 2013 è particolarmente significativo per la gestione delle risorse umane dell'Azienda in quanto, con l'approvazione da parte di Regione Lombardia del nuovo Piano di organizzazione Aziendale sono state apportate considerevoli modificazioni organizzative finalizzate al confluimento in un'unica struttura Risorse Umane delle funzioni che in vigore del precedente POA erano di competenza di distinte strutture di linee e di staff. In particolare il nuovo assetto delle competenze di SRU vede una gestione convergente ed integrata di tutte le funzioni di amministrazione, sviluppo, formazione e valorizzazione delle risorse umane.

In tal senso la struttura Risorse Umane, nel nuovo assetto, si prende cura della risorsa principale dell'Azienda con riguardo ad un intrecciato insieme di profili implicanti aspetti professionali, giuridici ed umani. La complessità delle problematiche, la variabilità delle possibilità di intervento e la rilevanza degli effetti delle azioni, conducono alla necessità di porre in equilibrio ed in reciproco coinvolgimento aspetti di natura diversa: l'amministrazione con la gestione e lo sviluppo del capitale umano, e le varie competenze degli operatori dedicati. L'ambivalenza delle materie trattate implica dover rispondere contemporaneamente a una doppia logica: l'adempimento dovuto e l'opportunità possibile. Tali azioni, in quanto suscumbili a sistema unitario, costituiscono presupposto per la promozione, prima, della persona in quanto tale, quindi, anche del lavoratore nello specifico contesto aziendale. La molteplicità e la eterogeneità degli strumenti disponibili a tali fini (istruzione, formazione, sviluppo dei ruoli, gestione delle carriere, sistemi di gratificazione economica e non, cura del clima organizzativo e diffusione dell'etica aziendale, incentivo al lavoro di gruppo, introduzione di strumenti di welfare aziendale e di azioni a tutela della conciliazione vita/lavoro, diffusione della consapevolezza dei fini aziendali e del ruolo istituzionale pubblico



esercitato) connota la rilevanza del supporto della struttura alla mission aziendale, ma anche la sua connaturata plasmabilità, pur dovendosi esprimere entro omogenee politiche aziendali (coerenza con il contesto interno) e nel pieno rispetto delle garanzie espresse da un articolato corpus normativo (coerenza con i vincoli eteronomi).

Su questo terreno SRU ha intrapreso percorsi di sviluppo sia per quanto riguarda l'are dirigenziale, sia per il comparto, di seguito illustrati

### **A) Dirigenza**

Nel corso del 2013 si è riservata particolare attenzione all'affinamento degli strumenti di sviluppo del professionista anche al fine di una applicazione degli istituti previsti dalla contrattazione collettiva e dalla normativa di rango legislativo orientata agli obiettivi aziendali.

Nello specifico si è agito sulla costruzione di percorsi di riconoscimento delle competenze acquisite dai professionisti.

### **Sviluppo delle competenze professionali da acquisire nei primi 5 anni di attività di servizio**

Nell'anno 2013 è stato consolidato lo specifico percorso di sviluppo per l'acquisizione di competenze specifiche da parte dei dirigenti durante la maturazione dei 5 anni di servizio.

In tal modo si mappa e si monitora la crescita professionale del dirigente sanitario in vista del giudizio al quale verrà sottoposto dai competenti Collegi tecnici previsti dal CCNL, al fine di valutare gli ambiti di autonomia acquisiti dopo i primi 5 anni di attività professionale, ai sensi dell'art.15, Dl.vo 502/92.

L'esito di tale percorso trova evidenza formale in specifica documentazione sottoscritta dal direttore della struttura complessa e dal dipendente, che rendiconta i sotto indicati elementi, sulla base dei quali vengono attestate le capacità professionali acquisite ed esercitate in autonomia e le attitudini evidenziate:

- *Principali attività professionali svolte nel quinquennio*
- *Programmi di formazione effettuati nel quinquennio*
- *Attività scientifica , di ricerca, pubblicazioni, didattica*

### **Privileges o clinical competence**

L'Azienda è impegnata a strutturare un sistema attraverso il quale si rende responsabile per il miglioramento continuo dei servizi erogati, garantendo elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita una buona pratica clinica.

A tal proposito si è provveduto, dalla adozione di una procedura per il conferimento di cd "privileges" a clinical competence.

Trattasi di un processo capace di tutelare la sicurezza del paziente rendendo esplicito "chi fa che cosa" all'interno di una Unità operativa in funzione delle proprie competenze, delle esperienze maturate nel corso della propria attività professionale e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti.

L'attribuzione delle clinical competence:

- promuove l'utilizzo di strumenti e metodi a garanzia della sicurezza dei pazienti, rende esplicite quali prestazioni sanitarie il singolo medico sia in grado di effettuare, in funzione delle rispettive qualifiche.
- muove nella logica di una valutazione tecnico specialistica effettiva del medico, andando oltre i titoli accademici;
- è in compliance con la normativa nazionale sulla valutazione delle performance individuali.

Le clinical competence svolgono un ruolo significativo di integrazione tra struttura Qualità, e controllo strategico e struttura Risorse Umane.

Per l'anno in corso prosegue la mappatura dei privileges all'interno del Dipartimento materno infantile, identificato tra le realtà operative ad alto rischio clinico.

Accanto alla mappatura delle clinical competence, laddove identificato un divario tra la capacità del singolo e la prestazione da erogare, è strutturato un percorso di formazione individuale sul campo, con identificazione di tutor formativo, in loco o presso strutture esterne (esempio: endoscopia digestiva, pediatria, urologia, partoanalgesia).

Al termine del percorso di formazione sul campo, effettuata la valutazione da parte del tutor formativo, l'Azienda certifica le competenze acquisite.

Il consolidamento delle competenze è la base per adire ad un incarico di alta specializzazione, secondo la politica aziendale di attribuzione.

## **SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Ai fini della distribuzione della retribuzione di risultato al personale dirigenziale, si è introdotta una scheda di valutazione della performance individuale, finalizzata a evidenziare il grado di partecipazione ed il contributo del singolo al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla Struttura complessa di appartenenza.

### **B) Comparto**

Per il personale del comparto si è approfondito la praticabilità di strumenti innovativi che sviluppino il potenziale dei singoli ad interpretare ruoli gestionali con applicazione a reali problematiche aziendali. In tal modo si è cercato di indagare, tra soggetti, afferenti al SITRA che attualmente non occupano ruoli di tale tipo, il possesso di capacità e possibilità di ricoprire ruoli più complessi rispetto a quello attuale; attitudini, ambizioni e aspirazioni personali di sviluppo.

A tale scopo si è progettato uno specifico percorso formativo, rivolto a soggetti che volontariamente hanno aderito e che sono stati ulteriormente selezionati, comprensivo di formazione d'aula di role playing.

### **Job description Responsabile di Area Dipartimentale**

A completamento del patrimonio aziendale che descrive i ruoli attesi si è provveduto ad approfondire, attraverso la revisione sistematica delle responsabilità e delle competenze sulla base dell'esperienza maturata negli ultimi anni, il profilo gestionale dei Responsabili di Area Dipartimentale (RAD).

## **PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE**

E' lo strumento col quale l'Azienda definisce modalità risorse e leve formative per supportare il perseguimento di obiettivi aziendali e di crescita delle competenze professionali.

La creazione del Piano di formazione è un processo incrementale che deve coinvolgere vari attori: Direzione strategica, gli staff della stessa, le strutture deputate al governo delle risorse umane, i direttori dei dipartimenti ed i RAD, i coordinatori ed i direttori di struttura complessa, i professionisti.

Fra gli interventi previsti, per il miglioramento della qualità dei servizi offerti e il mantenimento di elevati standard di cura, vi è l'implementazione del sistema di sviluppo delle performance organizzative ed individuali sostenuto dal nuovo assetto organizzativo, dove la funzione Formazione si pone parte integrante della struttura Risorse Umane(SRU).

L'inserimento della Formazione in SRU comporta il passaggio di certificazione di qualità, da struttura Formazione a funzione Formazione, ottenuta in corso d'anno UNI EN ISO 9001 -2008 per il settore EA37 , con scadenza 8/11/2015; rilasciata dall'istituto di Certificazione Certiquality.

Con Decreto Direzione Generale Sanità n° 6342 del 16/7/2012" anno 2012 è stato conferito Accredito Standard Provider ECM CPD del Sistema lombardo di ECM all'Azienda Ospedaliera Ospedale Carlo Poma di Mantova avente validità quattro anni con scadenza al 31/12/2015 :codice dell'azienda all'elenco progressivo RL003.

Le aree d'intervento nelle quali si è sviluppato il PFA 2013:

Sicurezza -Disposti Normativi - Emergenza Intra

Supporto ai piani ( di Sviluppo individuale -Sviluppo Org. -Performance - Qualità rischio -CIO - Comunicazione ...)

Obiettivi Regionali/Contratto ASL

Formazione AREU (area Locale) - Formazione DdL

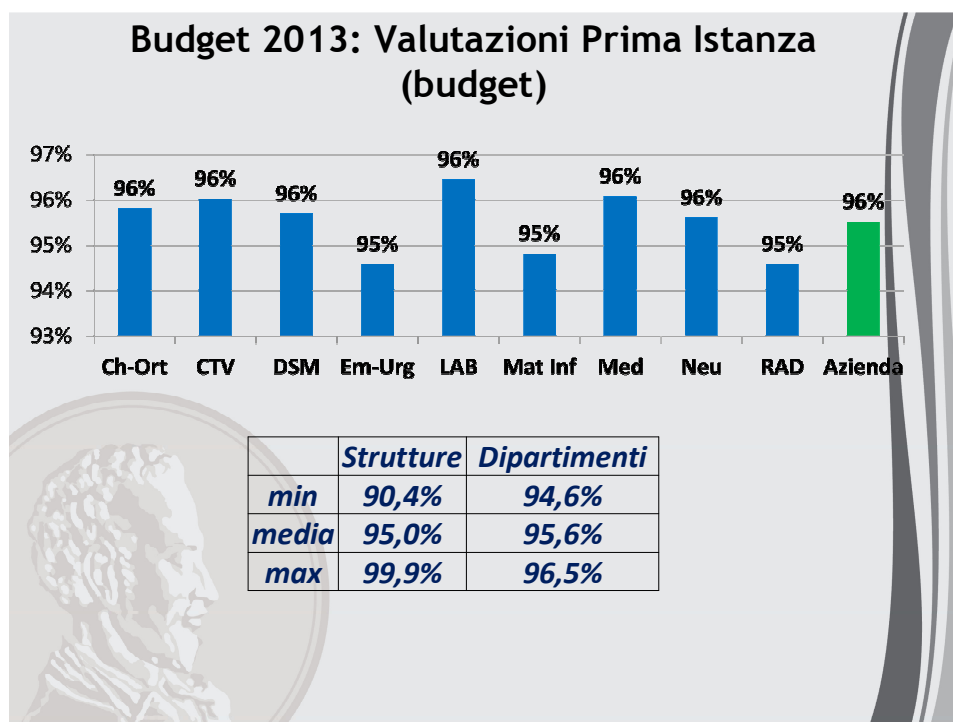
Sviluppo professionale,tecnico-scientifico- informatico - relazionale

Miglioramento dell'appropriatezza clinico-assistenziale

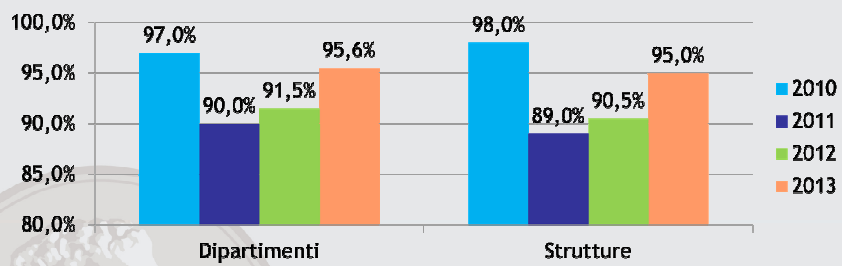
AZIENDA OSPEDALIERA Carlo Poma STRUTTURA RISORSE UMANE - AREA VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DEL PERSONALE		N° progetti	N° ore corso	N° giornate corso	N° partecipanti effettivi
1. FORMAZIONE SUL CAMPO: GRUPPO DI MIGLIORAMENTO		20	304	136	438
2. FORMAZIONE SUL CAMPO: AUDIT		2	41	16	73
3. FORMAZIONE SUL CAMPO: INSERIMENTO LAVORATIVO		14	3.534	179	18
4. CORSO RESIDENZIALE		128	1.446	324	2.137
5. CORSO RESIDENZIALE A CARATTERE OBBLIGATORIO		49	626	93	829
6. SEMINARIO (CONGRESSO/CONVEGNO)		21	120	20	1.516
7. SEMINARIO A CARATTERE OBBLIGATORIO (CONGRESSO/CONVEGNO)		2	16	4	71
10. FORMAZIONE SUL CAMPO		1	112	28	1
13. FAD		1	10		28
15. FORMAZIONE SUL CAMPO: PARTECIPAZIONE A COMMISSIONI E COMITATI		1	8	4	37
16. FORMAZIONE SUL CAMPO: ADDESTRAMENTO SU NUOVE APPARECCHIATURE ELETTROMICEDICALI E/O SOFTWARE		27	438	106	282
20. CORSO RESIDENZIALE - CONFERENZA SINCRONA		2	8	1	133

In ottemperanza alle indicazioni Regionali si è potenziato il ricorso alle risorse aziendali (Docenti /Relatori/Tutor/Responsabili Scientifici), valorizzando il know how del personale dipendente:  
 N° 251 esterni all'azienda (20%);  
 N° 1007 Professionisti Interni all'azienda (80%);  
 Sono stati erogati N° 4.421 crediti ECM CPD

## SINTESI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA



### Valutazioni Prima Istanza (budget) trend 2010-2013



## SINTESI PERFORMANCE INDIVIDUALE

